Comment reconnaître un composé de matière animale et d'une préparation d'étain?

N° 30.

23.

Tous les os commencent-ils constamment par offrir un état cartilagineux?

Des différents vices de conformation de la vessie et des moyens d'y remédier.

Décrire les variétés des fièvres intermittentes pernicieuses.

QUESTIONS DE THÈSE

PRÉSENTÉES ET PUBLIQUEMENT SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 2 JUIN 1838,

PAR

MICHEL CLAVELÉRA,

de REIGNAT (Puy-de-Dôme),

Ex-Chirurgien interne des hôpitaux civils et militaires de Clermont-Ferrand,

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.



MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL aîné, Imprimeur de la Faculté de Médecine,

rue de la Préfecture, 10.

1838

A la meilleure des Mères.

Ma vie entière sera consacrée à lui faire oublier toutes les peines qu'elle a eues pour moi.

A MON COUSIN

JEAN-B. CLAVELÉRA-BELDON,

ET A SA DIGNE ÉPOUSE.

Reconnaissance la plus vive, attachement sans bornes.

M. CLAVELÉRA.



SCIENCES ACCESSOIRES.

Comment reconnaître un composé d'une matière animale et d'une préparation d'étain?

Les préparations stanniques dont on peut avoir occasion de rechercher la présence, sont les oxides d'étain, protoxide et bioxide (acide stannique), et surtout les sels d'étain, qui sont le proto-chlorure, le deuto-chlorure et le sel d'étain du commerce, qui est un composé de proto-chlorure d'étain et de sous-oxy-chlorure de la même substance mêlés à une proportion variable d'un sel ferrugineux.

Les chlorures d'étain seuls ont été signalés comme pouvant se combiner avec une matière animale; en cet état ils sont plus ou moins altérés, et ils forment avec elle un composé insoluble. C'est ce composé que, d'après l'énoncé de ma question, il s'agit de reconnaître.

Le lait, l'eau albumineuse, la gélatine, la bile, etc., jouissent principalement de cette propriété; aussi est-il difficile de croire, dit M. Orfila, qu'un sel d'étain ait été introduit dans l'estomac sans avoir subi cette altération.

La substance formée par la matière animale et la préparation d'étain est insoluble; elle se dépose donc à la surface, ou bien elle existe

dans le tissu du canal digestif. Pour reconnaître l'étain dans la matière déposée, on fait passer un courant de chlore en excès; on filtre, et le liquide obtenu est divisé en deux parties, l'une que l'on réduit jusqu'à siccité: ce résidu est placé dans un petit tube avec de la potasse (M. Orfila conseille d'y mettre aussi du charbon), et le tout est calciné à la lampe à l'émailleur; on obtient ainsi l'étain métallique en globules, qu'on reconnaît à ses qualités physiques et chimiques.

La liqueur non réduite contient un hydro-chlorate d'étain et en offre tous les caractères; si elle est claire, elle précipite en blanc par la potasse; l'hydro-cyanure ferruré de potasse donne aussi un dépôt blanc légèrement jaunâtre; le nitrate d'argent fournit un précipité blanc; l'hydro-chlorate d'or, un précipité pourpre composé de deutoxide d'étain et d'or métallique; l'acide hydro-sulfurique, un précipité chocolat foncé et quelquefois noir.

Si le liquide était coloré, il serait difficile de reconnaître ces précipités; alors on y fait passer un courant de gaz acide hydro-sulfurique qui précipite les plus petites portions d'étain à l'état de sulfure, lequel est noirâtre, ainsi que je viens de le dire. On lave celui-ci sur un filtre après avoir décanté la liqueur, puis à l'aide de l'acide hydro-chlorique on le transforme en hydro-chlorate soluble incolore ou à peine coloré, qui se comporte avec les réactifs précédents de la manière indiquée.

Si le composé d'étain et de matière animale faisait partie du tissu des organes digestifs, on couperait ce tissu en portions aussi petites que possible, on y ajouterait de l'eau, et le tout serait pendant deux heures soumis à un courant de chlore, on filtrerait ensuite et la liqueur contenant du chlorure d'étain donnerait les mêmes produits par les réactifs sus-mentionnés.

Un autre procédé a été indiqué par M. Orfila pour reconnaître le composé d'une matière animale et d'une préparation d'étain: il consiste à dessécher les matières solides ou le tissu suspecté, à les calciner dans un creuset avec de la potasse jusqu'à incinération; puis on traite les cendres par l'eau régale à une douce chaleur; par ce moyen on obtient un chlorure d'étain, pour le signalement duquel sont applicables les règles susdites.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Tous les os commencent-ils constamment par offrir un état cartilagineux?

Les os et les cartilages sont les parties les plus dures du corps vivant ; ils présentent, les uns par rapport aux autres, quelques conformités de situation et d'usage qui rapprochent et confondent leur étude. Les cartilages présentent souvent l'aspect osseux, ils remplacent ces derniers dans beaucoup de circonstances et dans une classe entière de poissons (chondro-ptérygiens), ils constituent le squelette entier et d'une manière permanente ; enfin, la substance propre des os et des cartilages est quelquefois évidemment associée, et forme alors des organes mixtes. Si ces considérations générales sont vraies, il doit être difficile de distinguer l'état osseux de l'état cartilagineux, et réciproquement ; de là, beaucoup d'embarras pour la solution de la question qui m'est proposée.

Avant d'y répondre d'une manière catégorique, il importe d'établir aussi précisément que possible ce que c'est qu'un os, ce que c'est qu'un cartilage.

Les cartilages ne semblent offrir aucune sorte d'organisation. On n'y découvre, quand on les coupe, ni fibres, ni lames, ni vaisseaux, même en les examinant au microscope ; tout paraît homogène et inorganique ; seulement un suintement séreux qui se fait à la surface de l'incision indique qu'un liquide est contenu dans des vides, des porosités de la substance cartilagineuse (Béclard). Quelques auteurs ont seulement cru apercevoir une disposition parallèle de fibres placées à côté les unes des autres, analogue à la disposition qu'affectent les fibres du

velours ; quoi qu'il en soit, les cartilages ne contiennent pas de vaisseaux rouges, on n'y a trouvé ni nerfs, ni vaisseaux lymphatiques, ils ne s'enflamment pas ; tous n'ont pas de périchondre, tels sont les cartilages articulaires. Enfin, on a remarqué que leur intérieur ne se creuse que lorsqu'ils s'ossifient, et que la consolidation des cartilages des côtes fracturées se fait d'abord par une virole osseuse, laquelle ne disparaît qu'après que la continuité est rétablie entre les deux cartilages rompus (Breschet).

Leur analyse chimique est fort imparfaite ; évidemment ils contiennent une matière animale et une matière terreuse. Mais la première est-elle de l'albumine ou de la gélatine, la seconde du carbonate de chaux ou de phosphate de chaux ? N'y a-t-il pas d'autres substances, du mucus, une huile fixe, différents sels, comme le veut M. Chevreul qui les a trouvés dans un os cartilagineux d'un squale? Ce sont autant de questions auxquelles la chimie n'a pas répondu d'une manière définitive.

La structure osseuse est autrement organisée, elle est lamelleuse, elle présente des cavités médullaires ou aréolaires ; l'os est pénétré par des vaisseaux sanguins, par des nerfs, que l'on a constatés dans l'épaisseur des vaisseaux de la membrane médullaire ; il est recouvert par une membrane fibreuse qui l'enveloppe de toute part. Les propriétés vitales sont bien plus évidentes dans l'os que dans le cartilage ; la vie physiologique et pathologique est plus marquée, plus étendue, plus variée dans le premier. On a observé qu'après les désarticulations les cartilages diarthrodiaux étaient résorbés ou diminués, et que la substance osseuse seule contractait des adhérences avec les parties molles pour former la cicatrice ; dans les cas exceptionnels où les cartilages subsistent, ils ne se réunissent pas aux parties voisines.

La matière animale de l'os fournit de grandes proportions de gélatine ; les substances salines sont principalement constituées par le phosphate de chaux. D'après Berzélius, les autres sels des os sont le carbonate de chaux, le fluate de chaux, le phosphate de magnésie, l'hydro-chlorate de chaux. Ce chimiste y a aussi constaté de la soude libre.

Les conséquences utiles à mon objet, que je dois tirer des descriptions que je viens de tracer, sont : 1° que, quoique les cartilages ressemblent beaucoup aux os, ils ne peuvent pas être confondus avec eux ; 2° qu'il ne suffit pas qu'un os soit mou pour qu'on soit autorisé à le prendre pour un cartilage. Certes, en perdant sa densité, l'os se rapproche plus du cartilage, mais il ne se change pas en cette dernière substance. Dans l'ostéomalaxie les os ne sont pas cartilagineux ; car la substance spongieuse y est plus développée, plus vasculaire, pénétrée de plus de sang que dans l'état normal, les canaux médullaires sont élargis, etc., et rien de cela ne se montre dans le cartilage.

Maintenant je répondrai aux questions suivantes : Y a-t-il une époque, dans la formation des os, à laquelle ceux-ci soient réellement cartilagineux? Ma question supposant une solution affirmative, j'aurai à chercher ensuite s'il y a des os qui ne présentent jamais ce caractère.

L'immense majorité des anatomistes et des physiologistes pense qu'en général les os sont cartilagineux avant d'être osseux ; je ne possède aucune observation, aucune expérience décisive pour combattre cette opinion, que je suis forcé par conséquent d'admettre jusqu'à démonstration du contraire. Voici pourtant quelques considérations qui pourraient permettre de soupçonner qu'il n'en est pas ainsi. Un cartilage seul, isolé de toute partie fibreuse, ne peut jamais devenir osseux. Les cartilages articulaires qui, privés de périchondre, sont dans ces conditions, ne s'ossifient pas ; ils sont susceptibles d'usure, et alors les os qu'ils encroûtent deviennent visibles, ils subissent une dégénération éburnée, mais ce ne sont pas là des ossifications.

Les cartilages qui s'ossifient ont un périchondre, c'est lui seul qui se transforme en os ; la substance que cette membrane recouvre se ramollit, s'atrophie, s'absorbe.

Les parties fibreuses, ligamenteuses, les tendons deviennent osseux sans passer par l'état cartilagineux.

De là je conclus que c'est l'élément fibreux et non le cartilagineux qui a principalement l'aptitude à passer à l'état osseux.

S'il en est ainsi, pourquoi croire que le cartilage est un intermédiaire obligé entre la gangue animale primitive et l'os parfait? Ou du

moins, l'idée de la nécessité de cet intermédiaire ne doit-elle pas être restreinte?

Les auteurs qui se sont occupés des diverses transformations que subit le cal, ont pensé, les uns que jamais il n'y avait rien de cartilagineux, les autres que la substance osseuse offrait dans les premiers temps l'*apparence* cartilagineuse. Personne n'a dit que le cal fût un vrai cartilage avant de venir un os. Effectivement cette dernière opinion serait insoutenable, si les caractères que j'ai donnés au commencement de ce travail sont reconnus comme vrais.

L'os comme tous nos organes est, à l'époque embryonnaire, formé par une matière muqueuse, transparente, incolore; plus tard, cette matière prend de la consistance, et alors on dit qu'elle est cartilagineuse. Pourquoi ne serait-elle pas un os *imparfait?* Pourquoi ne participerait-elle pas du ligament plutôt que du cartilage? Pourquoi considérer celui-ci comme un organe de transition, s'il est prouvé, ainsi que je l'ai dit plus haut, qu'il est par lui-même très-peu susceptible de s'ossifier? La forme cartilagineuse, loin d'être passagère, est essentiellement fixe; c'est un état parfait, et non une ébauche.

Il y a des os dans lesquels le travail nutritif de l'encroûtement salino-terreux se fait lentement ou à des époques reculées, mais il n'y a pas d'os réellement cartilagineux. Les prétendus os de ce genre reçoivent tôt ou tard, dans l'intérieur de leur texture, des vaisseaux sanguins; cette texture est le théâtre d'un travail particulier, dont la conséquence est une augmentation de densité et une structure particulière. Le premier point d'ossification, a dit Béclard, paraît toujours dans l'épaisseur du tissu et jamais à la surface, et il est prouvé qu'elle procède toujours du centre à la circonférence avec un grand appareil de vascularité. Jamais cela n'a été observé dans un cartilage; c'est toujours, je le répète, à l'extérieur de celui-ci, au périchondre, que l'ossification a lieu, et celle-ci envahit le centre du cartilage qui disparaît insensiblement devant la substance de nouvelle formation.

Béclard, qui a distingué les cartilages en cartilages impermanents ou d'ossification et en cartilages permanents, n'a-t-il pas admis d'une manière implicite l'opinion que je propose? Ce serait donc dans tous

les cas deux ordres différents d'organes, et le mot cartilage n'aurait été affecté aux premiers que pour constater une ressemblance et non une identité. On ne peut confondre, en effet, un tissu qui a en lui-même l'aptitude à s'ossifier, et qui doit plus tard et nécessairement changer cette aptitude en acte, et un autre tissu qui n'en est pas doué, et qui pourrait seulement, d'une manière morbide, se couvrir de lamelles osseuses provenant uniquement d'un organe extérieur.

Quelque arrêtées que paraissent les assertions qui précèdent, j'avertis que je ne les ai émises sous cette forme que pour faciliter une discussion dans laquelle j'avoue que manquent les éléments d'une solution définitive; celle-ci exigerait l'appréciation physique, chimique, physiologique de ce qu'on appelle les cartilages d'ossification, et cette appréciation n'a pas encore été faite d'une manière suffisamment exacte. D'ailleurs l'énoncé de ma question nécessite l'adoption de l'opinion généralement admise, et je m'y range volontiers, pour le moment, sauf mes réserves pour l'avenir. Puis donc que je suis obligé d'admettre que les os commencent le plus souvent par un état cartilagineux, je dois maintenant établir s'il y a des exceptions à cette règle.

Ceci me paraît incontestable; ainsi l'état cartilagineux n'est appréciable que pour les os ou les parties d'os qui doivent s'endurcir plus tard. Les os qui s'encroûtent de bonne heure de substance salino-terreuse passent immédiatement de l'état muqueux à l'état osseux : tels sont le corps des os longs, le centre des os larges qui sont très-précoces. Ainsi, par exemple, la clavicule, la mâchoire inférieure, les côtes même, n'ont jamais été vues à l'état cartilagineux. Les os courts, au contraire, présentent cet état pendant les premières années de la vie. Les os plats s'ossifient moins vite que les os longs, mais plutôt que les courts.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Des vices de conformation de la vessie et des moyens d'y remédier.

Les vices de conformation de la vessie sont congéniaux, ou bien ils sont acquis par suite de causes morbides.

Vices congéniaux. Le plus remarquable, sans contredit, est l'absence totale de ce viscère ; celui-ci peut manquer primitivement, et alors les uretères vont se déboucher ailleurs, dans le rectum, dans l'urètre, le vagin ou aux environs du pubis. Dans un autre cas, semblable en définitive au précédent, l'ouverture anormale des uretères dans les lieux indiqués rend la présence de la vessie tout-à-fait inutile, et celle-ci s'atrophie, disparaît même par l'absorption, comme tout organe qui n'a aucune fonction à remplir.

On lit dans les auteurs quelques faits d'individus rendant leurs urines par l'ombilic. Celui-ci est le siége d'une tumeur fongueuse, molle, rougeâtre, inégale, et donnant issue à l'urine par plusieurs ouvertures. Dans le cas cité par Littre et observé sur un enfant de douze ans, il n'existait aucune tumeur à l'ombilic, et les urines n'en étaient pas moins rendues par cette partie. Dans les vices de ce genre, il y a ou absence de l'urètre, ou occlusion de ce canal, ou impossibilité de communication entre la vessie et lui par l'effet d'une membrane, d'une adhésion au col, d'un corps étranger, etc. ; alors le calibre de l'ouraque non-seulement se conserve, mais il s'agrandit, ou bien, suivant quelques auteurs, il s'établit le long de ce cordon un prolongement de la tunique interne de la vessie, qui joue le rôle de canal excréteur.

Un autre vice, dont les exemples ne sont pas très-rares et qui

entraîne, ainsi que nous allons le voir, d'autres anomalies, est celui que l'on a nommé inversion congénitale, extroversion, extrophie de la vessie. L'extrophie de la vessie se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme ; on la reconnaît facilement à la présence d'une tumeur dont le volume varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui du poing, dont la forme est à peu près globuleuse, et la situation à la partie inférieure de l'abdomen au-dessus du pubis. Cette tumeur a l'apparence d'un fongus ; elle est enduite de mucosité et d'un rouge plus ou moins vif ; elle saigne facilement quand on la froisse, et elle offre, ce qui est caractéristique, à la partie inférieure deux ouvertures au milieu de saillies mamelonnées peu éloignées l'une de l'autre, et d'où l'urine suinte continuellement, sans que la volonté puisse y mettre obstacle. Cette tumeur est irréductible ; seulement elle diminue par le repos, et augmente de volume à la suite de fatigues corporelles. A son pourtour, on voit une peau mince et blanche, au moyen de laquelle elle se continue avec l'enveloppe cutanée du bas-ventre ; immédiatement au-dessus, et par conséquent bien plus bas qu'à l'ordinaire, se trouve l'ombilic.

Les pubis sont écartés l'un de l'autre, et sont fixés ensemble à l'aide d'une substance ligamenteuse très-forte. Presque toujours l'urètre s'ouvre au-dessus de la verge ou du clitoris ; le membre viril est raccourci ; les corps caverneux atrophiés ; toutes apparences qui cachent au premier abord la nature véritable du sexe, et ont, sous ce rapport, attiré l'attention des médecins légistes. Les anomalies qui existent dans les parties génitales externes de la femme, quand, ce qui est rare, celle-ci est atteinte de l'extrophie de la vessie, sont aussi fort remarquables ; mais, à cause de la rareté de ce vice de conformation chez les personnes du sexe, nous n'en dirons rien ici.

Le mode de formation de cette singulière maladie est facile à comprendre. La partie antérieure de la vessie a manqué congénialement ; ce n'est plus alors une poche, c'est une simple surface représentée par la muqueuse de la paroi postérieure du viscère, derrière laquelle se trouve la tunique musculeuse, couverte elle-même par le péritoine à la partie supérieure.

Cette moitié postérieure de la vessie remplace une partie de l'enceinte abdominale, et elle est poussée en devant par le poids du paquet intestinal, auquel elle est obligée d'obéir par son défaut de résistance.

Il y a d'autres vices de conformation congéniaux dont les résultats sont bien moins graves que les précédents, ou même nuls pour la santé du sujet : tels sont l'ampleur de l'organe ou sa petitesse, sa forme bilobée ; dans ce dernier cas, il est formé de deux sacs adossés l'un à l'autre et communiquant par une ouverture dont les dimensions sont variables.

Les moyens de remédier à ces vices de conformation sont rarement utiles pour ramener l'organe à son état normal ; il n'y a qu'un cas où il soit possible d'y parvenir, et ce cas est celui où le sujet urine par le nombril. L'indication qu'il s'agit de remplir est de provoquer la sortie des urines par les voies naturelles ; il faut pour cela détruire l'obstacle qui s'y oppose ; s'il est accessible aux moyens chirurgicaux, on doit le tenter. Pour cela, on emploie le cathétérisme, et l'on met le sujet pendant quelque temps à l'usage de la sonde. Lorsque les urines coulent librement par l'urètre, on lie le fongus ombilical avec un simple fil, quand la base n'est pas très-large, et, dans le cas contraire, on traverse celle-ci par deux ou plusieurs ligatures que l'on noue séparément. La mortification ne tarde pas à envahir la portion comprise dans l'anse du fil ; l'escarre tombe et laisse un ulcère que l'on traite par les moyens ordinaires, et si l'urètre conserve sa liberté, l'oblitération du pertuis ombilical a lieu et se conserve durable.

L'extrophie est incurable ; mais elle permet de vivre non sans de graves incommodités. Effectivement, le contact habituel de l'urine irritant la tumeur, les parties voisines, il survient des rougeurs et des boutons érythémateux, et le sujet exhale, quoi qu'il fasse, une odeur urineuse fort désagréable. Les soins de propreté, des éponges, divers réservoirs propres à recueillir l'urine à mesure qu'elle s'écoule, sont tout ce que l'on peut dans les cas de ce genre. J'en dirai autant de ceux où les uretères s'ouvrent ailleurs que dans la vessie.

Vices de conformation acquis. Ce sont les hypertrophies générales ou partielles, les hernies de la muqueuse à travers les fibres musculeuses, les déplacements, etc.

L'accroissement du volume de la vessie peut n'être qu'une simple dilatation ; celle-ci dépend de l'habitude de garder long-temps ses urines, ou bien d'un obstacle à leur sortie. Tantôt, et à la suite de causes semblables, il y a non-seulement dilatation, mais aussi augmentation dans la nutrition de l'organe ; et alors celui-ci a son épaisseur normale ou même une épaisseur plus considérable.

Quelquefois c'est la tunique musculeuse qui est le centre de ce monument nutritif exagéré ; et ceci arrive dans le cas de dilatation et dans celui de rétrécissement ; la présence d'un corps étranger, d'un calcul, produit assez habituellement des effets semblables. Quelquefois même la muqueuse passe à travers les fibres musculeuses, d'où résultent des poches, des appendices plus ou moins vastes et allongés (vessies à cellules). Le nombre, la situation et la grandeur de ces cellules présentent beaucoup de variétés ; leur entrée est arrondie, quelquefois celle-ci est plus large que le fond de la cavité, d'autres fois, et c'est le plus ordinaire, l'ouverture est plus étroite. Des pierres peuvent s'introduire dans ces cellules ; l'urine même, en s'y arrêtant et y déposant la matière lithique, fournit ainsi les premiers rudiments d'une pierre. Meckel a observé un cas dans lequel un calcul était chatonné dans une cellule formée par toutes les tuniques de la vessie ; celle-ci, s'étant réunie autour de ce calcul, l'enveloppait comme un sac, dont l'ouverture constituait comme un second col. Il ne faut pas confondre ces cellules, dans lesquelles se logent les calculs, avec celles qui sont produites par le spasme partiel de la vessie, durant le temps d'extraction de l'opération de la lithotomie.

Suivant Lieutaud, la luette vésicale peut devenir assez volumineuse chez quelques vieillards, pour rendre l'issue des urines très-difficile. Dans beaucoup de cas de ce genre, l'ischurie est due à des dilatations variqueuses des veines, qui se trouvent en grand nombre au col de la vessie.

Les indications, dans tous ces cas, sont évidentes ; il suffit de faire disparaître les causes de dilatation, d'hypertrophie, de varices, pour que tout rentre dans l'ordre ; mais il n'est pas toujours facile d'y parvenir. L'enlèvement des calculs et l'évacuation régulière de l'urine sont les moyens sur lesquels on doit le plus compter.

Les hernies de la vessie ne sont pas très-communes ; elles ont presque toujours lieu par le canal inguinal ou par le canal crural. On peut croire à la présence de ce viscère dans une tumeur herniaire, si celle-ci s'affaisse ordinairement après l'expulsion des urines ; si elle se distend à mesure que le temps de la dernière évacuation devient éloigné ; si la pression occasionne des douleurs du côté de l'urètre et des envies d'uriner ; si elle semble s'aplatir et se porter vers l'excavation pelvienne quand on la presse, au lieu de rentrer véritablement dans l'abdomen (Velpeau). Ces hernies sont en général irréductibles, et nécessitent l'emploi d'un bandage à pelote concave. En cas d'étranglement, les moyens d'y satisfaire sont les mêmes que ceux des autres hernies.

Il existe bien d'autres vices de conformation de la vessie que ceux que nous venons de nommer ; mais ils sont liés à un état morbide, et alors ce vice de conformation n'est plus qu'un symptôme, un effet qui n'a pas d'indications propres : ils ne doivent donc pas nous occuper ici.

SCIENCES MÉDICALES.

Décrire les variétés des fièvres intermittentes pernicieuses.

Les fièvres dites malignes, ataxiques, sont caractérisées par un désordre profond dans l'économie, qui se révèle par des symptômes menaçants pour l'existence du sujet ; dans lesquelles on ne peut guère compter sur les ressources de la nature, et où l'on ne trouve aucune lésion organique capable de rendre compte de la direction vicieuse qu'ont prise les forces de la vie ; elles constituent un ordre de maladies qui se présentent soit seules, soit comme compli cation d'autres affec tions.

Parmi elles, les auteurs ont noté un genre particulier où l'on a constaté des retours périodiques dans l'apparition des symptômes : ce sont les pernicieuses rémittentes et les pernicieuses intermittentes; ces dernières forment l'espèce dont nous avons à décrire les variétés.

Les variétés des intermittentes pernicieuses sont extrêmement nombreuses. Dans l'impossibilité où nous sommes de les décrire toutes, nous sommes obligé de former des groupes dans lesquels se placeront les individualités que les auteurs ont jusqu'ici observées: c'est, à notre avis, de cette manière seulement qu'il est permis de répondre à la question proposée.

La distinction de ces groupes doit, autant que possible, reposer sur des caractères appréciables et en même temps propres à fournir des notions utiles dans la pratique. Ces caractères, nous les tirerons de certains modes spéciaux, inhérents à la nature même de l'altération vitale qui fait le fondement de ces maladies, et que peuvent révéler les symptômes considérés en eux-mêmes, ou suivant leur ordre de succession, la nature des causes soit internes, soit externes, le tempérament du sujet, l'effet produit par des médicaments déjà employés, en un mot, tout ce qui se lie d'une manière suffisamment étroite avec la maladie et le malade, dans le passé et dans le présent, hors du sujet et dans lui.

Une distinction purement symptomatique serait une classification incapable de suggérer une idée thérapeutique, quelquefois susceptible d'induire en erreur; d'ailleurs elle serait bien difficile à cause de la variété presque infinie des objets à décrire. Je trouve dans les notions suivantes les bases de la distinction que je préfère, et qui me fournira le type de mes descriptions auquel il sera facile de rapporter ensuite les individualités.

Les fièvres intermittentes pernicieuses, en outre du caractère intermittent et ataxique qui constitue leur nature propre et d'où découle la principale indication thérapeutique, en présentent d'autres dont l'utilité, quoique accessoire par rapport à celle du précédent, mérite cependant d'être prise en considération. En effet, tantôt 1° l'altération du système vivant présente quelque chose de convulsif, de spas-

modique, analogue aux perturbations observées dans les états dits nerveux ; il y a là, si l'on peut résumer ces idées à l'aide d'un mot, une déviation des forces ; 2° l'altération du système vivant est confondue avec une débilitation de tout l'organisme, et ce sont les phénomènes d'atonie, d'épuisement qui dominent ; 3° c'est un état inverse que l'on remarque, il y a alors excitement, exagération morbide dans l'exercice des fonctions vitales ; 4° une lésion organique s'établit en même temps que la fièvre s'accroît avec elle, de manière enfin à devenir un sujet principal d'indication. Ainsi, nous décrirons tour à tour des fièvres intermittentes pernicieuses avec déviation des forces, avec épuisement, avec excitation, avec une altération anatomique suffisamment grave pour fixer l'attention du praticien.

Fièvres intermittentes pernicieuses avec déviation des forces.

On les observe ordinairement chez les sujets doués d'un tempérament nerveux, les femmes, les enfants, chez ceux qui ont été déjà atteints de névroses, ou chez qui la cause de la fièvre intermittente s'associe avec une autre agissant principalement sur le système de l'innervation : tels seraient, par exemple, une vive émotion, un mouvement de colère. Les symptômes présentent aussi des caractères propres aux maladies nerveuses : ce sont principalement des perturbations dans le mode d'agir des forces sensitives et motrices, des douleurs, des contractions irrégulières et violentes. De toutes les fièvres intermittentes pernicieuses, ce sont celles qui sont le moins susceptibles d'être rapportées à une lésion locale. Le malade meurt, et la trame de ses tissus, la crâse de ses liquides semblent n'avoir subi aucune altération ; tout s'est passé en actes purement fonctionnels ; à peine quand ceux-ci ont été violents et qu'ils ont duré assez long-temps, ont-ils produit un peu de rougeur, quelques traces de congestion, qui sont évidemment des effets et non des causes de ce qui s'est passé.

Dans le traitement, on associe avec succès les anti-spasmodiques et les calmants au quinquina, et durant le paroxysme ces mêmes anti-spasmodiques et ces calmants sont les seuls remèdes qui puissent atténuer la violence des accidents, écarter le danger actuel et donner le temps nécessaire à l'administration de l'anti-périodique.

Quelques auteurs ont préconisé l'opium et ses nombreuses préparations, le castoréum, l'éther, etc., avant et pendant l'accès des intermittentes pernicieuses, même depuis la découverte du quinquina. (Berryat, Desbois de Rochefort, Barthez, Alibert, etc.) Avant cette époque, on employait très-fréquemment ces agents thérapeutiques, et parmi eux la thériaque, médicament à la fois tonique et anti-spasmodique, était particulièrement conseillée : c'était principalement contre les fièvres de la nature de celles dont nous parlons, que cet ordre de moyens était le plus efficace.

Les intermittentes pernicieuses déjà décrites et qui nous paraissent offrir spécialement le caractère nerveux, peuvent être divisées en deux catégories.

Dans la première, le phénomène dominant est un symptôme isolé mais grave, s'accompagnant de ceux qui caractérisent habituellement les fièvres intermittentes : froid, chaleur, sueur. Ici le diagnostic de l'intermittence est facile, puisque à la périodicité se joignent les phénomènes propres à ce genre de maladies. Souvent, en effet, le froid, la chaleur et la sueur éclairent le médecin encore indécis sur le véritable caractère du mal qu'il a à traiter.

Parmi les pyrexies de cette sorte, je mentionnerai l'intermittente pernicieuse névralgique, dans laquelle une douleur dont le siége peut varier se fait remarquer par son intensité ou sa durée, l'intermittente colique, la sternutatoire, la convulsive, l'aphonique, l'idiotique, l'algide, etc., symptômes qui, dans certains cas, peuvent se présenter sans fièvre.

Dans la seconde catégorie se groupent les pernicieuses, dans lesquelles les trois stades de l'intermittence ont disparu, ou bien ne présentent que des traces plus ou moins appréciables. Lorsque les symptômes caractéristiques du paroxysme n'existent pas et qu'une maladie spéciale leur a été substituée, les fièvres appartiennent aux intermittentes dites larvées. Parmi celles-ci, je signalerai l'intermittente hydrophobique, la tétanique, l'émétique, l'amaurosique, l'épileptique, l'asthmatique, l'apoplectique, etc. Dans l'impossibilité où je me trouve d'entrer dans les détails, je dirai seulement quelques

mots de l'intermittente pernicieuse apoplectique, parce qu'elle est susceptible de considérations généralement peu connues, que d'ailleurs elle peut, par sa nature, appartenir aux pyrexies dont je dois traiter plus tard.

On avait depuis long-temps remarqué que l'opium était un remède utile pour le soulagement des symptômes ordinaires d'un accès de fièvre (Lind, Franck). Barthez vérifia ce fait et en tira parti pour l'établissement d'une règle importante pour la curation des fièvres intermittentes pernicieuses. Etudiant avec soin ces dernières, il reconnut que souvent un état spasmodique, porté au plus haut degré de violence et de force dans tel ou tel organe principal, était la cause la plus générale des affections qui rendent mortels les accès malins. Dès-lors il établit que l'opium, donné dès l'invasion et pendant le cours de la fièvre, est spécialement utile pour surmonter cet état spasmodique qui produit des symptômes prochainement mortels. L'établissement de ce précepte thérapeutique a rendu curables des maladies qui souvent étaient à peu près sans ressources, lorsque le médecin appelé trop tard n'avait pas le temps de donner l'écorce du Pérou. En effet, à l'aide de l'opium, on peut détruire, diminuer du moins la violence d'un accès qui menace actuellement la vie du sujet, et on donne ainsi le loisir de placer les doses de l'anti-périodique, de manière à prévenir le paroxysme suivant.

Ce n'est pas seulement dans les pernicieuses où le spasme est évident que l'opium rend de pareils services; dans d'autres, où les symptômes nerveux paraissent absents, où même les narcotiques semblent contre-indiqués, ce médicament développe une semblable efficacité et rend des services analogues : je veux parler de quelques pernicieuses où le phénomène dominant est une somnolence, un coma, une apoplexie.

C'est ainsi qu'on s'explique les succès obtenus par Rivière, Hoffmann, Berryat, qui, en donnant de l'opium dans des cas de ce genre, ont sauvé la vie à leurs malades.

Le sujet de Rivière était une jeune fille hystérique, dont le coma fut précédé par des symptômes nerveux, tels que des douleurs violentes, une grande difficulté d'avaler, des efforts continuels de vomissement.

Dans le cas d'Hoffmann, c'était une femme dont le coma était accompagné de rigidité dans les membres et les mâchoires, de difficulté de respirer et de tous les caractères de la catalepsie.

Le malade de Berryat était un vieillard paraissant apoplectique, mais présentant un état convulsif des yeux, des lèvres et des muscles de la mâchoire.

Dans tous ces faits, les symptômes graves étaient survenus brusquement et se dissipèrent de même : nouvelle preuve ajoutée à toutes les autres de la nature nerveuse de l'apoplexie. Il n'y avait certainement là ni épanchement sanguin, ni épanchement séreux.

Il y a donc des fièvres intermittentes soporeuses dans lesquelles le spasme est le phénomène dominant. Hippocrate avait pressenti cette vérité lorsqu'il disait : *Soporosi nùm aliquid convulsorii habent?*

Mais il y a aussi des pyrexies intermittentes et soporeuses, dans lesquelles le spasme n'existe pas, et qui par conséquent contre-indiquent l'opium et tous les narcotiques. Nous les trouverons dans les articles suivants.

Fièvres intermittentes pernicieuses avec excitement.

Torti admettait dans les pyrexies pernicieuses des intermittentes manifestes et des sub-continues ; celles-ci différaient des autres par une tendance marquée à la continuité : les premières étaient subdivisées en fièvres par coagulation et en fièvres par colliquation. Quand on lit cet auteur, on s'assure du véritable sens qu'il attache aux mots coagulation et colliquation ; celle-ci lui sert à caractériser l'asthénie, l'épuisement, la laxité des solides, la dissolution des fluides.

La coagulation désigne les fièvres dans lesquelles ces phénomènes ne s'aperçoivent pas : ainsi les fièvres intermittentes par déviation des forces, que nous avons déjà décrites, sont des pyrexies par coagulation; nous en dirons autant de celles où l'on remarque des symptômes d'excitement suffisamment caractéristiques.

Nous confondons sous ce titre les fièvres intermittentes pernicieuses décrites par les auteurs avec la dénomination de fièvres intermittentes pernicieuses inflammatoires, bilieuses, catarrhales; certaines même

de celles qu'on appelle nerveuses méritent d'être rangées dans cette catégorie lorsque l'éréthisme est considérable.

Nous ne pouvons pas décrire toutes ces fièvres dans lesquelles il y a de si nombreuses différences; la circonstance même qui nous a permis de les rapprocher dans cet article peut beaucoup varier suivant chacune d'elles : ainsi l'excitement de l'inflammatoire diffère beaucoup de celui de la bilieuse, etc. La description de chacune d'elles devrait se composer de l'énonciation de ce qui est propre aux affections inflammatoires, bilieuses, catarrhales, nerveuses sthéniques, sous le rapport des causes et des symptômes. Il nous est impossible d'en parler ici ; nous nous livrerons seulement à des considérations qui nous paraissent plus afférentes à notre question.

Et d'abord, l'excitement que l'on rencontre dans chacune de ces fièvres ne doit pas être confondu avec celui qui existe dans les inflammatoires, les bilieuses, les catarrhales, les nerveuses continues, et même avec certaines rémittentes. Il est ici dominé par l'affection périodique, ou du moins confondu avec elle, de manière à former un tout où on ne peut pas méconnaître une tendance vers l'anéantissement des fonctions de la vie. Cette tendance funeste exige des moyens dont l'effet soit plus prompt que celui des anti-phlogistiques, des anti-bilieux, etc. L'évolution même rapide des symptômes et leur grande énergie entraînent bientôt la débilitation du système, quelque contraire à cette dernière que soit l'état primitif des forces; c'est donc aux anti-périodiques qu'il faut d'abord s'adresser pour arrêter définitivement la fièvre. Les autres indications n'ont de la valeur que durant les accès, ou bien elles ne fournissent que des moyens auxiliaires. Si les circonstances ne sont pas pressantes, on peut s'occuper de la destruction de la cause bilieuse, inflammatoire, etc., par les émétiques, les purgatifs, les saignées ; mais du moment que les symptômes présentent une grande intensité, il faut tout d'un coup employer le quinquina à haute dose. Dans certains cas d'intermittence pernicieuse compliquée d'un état bilieux, on s'est bien trouvé de la combinaison du quinquina avec les évacuants. Durant l'accès évitez les toniques, l'opium surtout si utile dans les pyrexies de la catégorie précédente, et employez la

médication indiquée par la nature de la fièvre. Finke a vu une fièvre double-tierce, vraiment soporeuse, qui céda à l'usage des évacuants; il ne donna le quinquina qu'après la destruction complète de la cause gastrique. L'état soporeux peut être aussi produit par une fièvre intermittente inflammatoire. Le vrai praticien, par une observation analytique des symptômes, des causes, des effets, des médicaments, et quelquefois par la méthode d'exclusion, fait seul ces distinctions importantes et modifie sa conduite suivant les circonstances.

Il ne faut pas oublier que les pernicieuses dont nous parlons paraissent continues quand elles sont subintrantes, ou bien qu'elles tendent réellement vers la continuité; ce serait une grande faute que de laisser passer l'occasion propice, car l'intermittence a un remède spécifique, et il faut donner celui-ci à propos.

D'autres fois les fièvres bilieuses, inflammatoires, catarrhales, etc., sont d'abord continues et finissent par prendre le type rémittent ou intermittent; les indications changent alors, et pour peu que le danger soit menaçant, il ne faut pas hésiter à donner le quinquina, quelque contre-indiqué qu'il paraisse être par les phénomènes primitifs. N'oublions pas non plus que les intermittentes pernicieuses inflammatoires, les bilieuses, les catarrhales, peuvent se compliquer d'un état d'asthénie, de putridité, ou bien d'une lésion matérielle grave; auquel cas elles rentrent dans les catégories que nous allons examiner.

Fièvres intermittentes pernicieuses avec asthénie.

Ce sont les colliquatives de Torti; c'est une espèce de malignité, caractérisée par un mouvement excessif d'expansion. Les forces sont résoutes et radicalement éteintes; les solides, peu capables de résistance, se laissent traverser par les humeurs qui circulent au milieu d'eux. Celles-ci sont évidemment altérées dans leur constitution chimique, physique et vitale, ou bien elles sont sécrétées outre mesure; ainsi, lorsqu'on a occasion d'observer le sang, il paraît contenir une grande quantité de sérosité; il se prend difficilement en caillot, ou bien celui-ci est livide, peu consistant, et se décompose promptement; il s'infiltre dans l'intérieur de nos parties et il produit des ecchymoses,

des pétéchies, ou bien il flue au-dehors, le plus souvent à la surface des muqueuses, et ce sont alors des hémorrhagies difficiles à arrêter. D'autres fois, c'est une autre humeur qui, par l'abondance de sa sécrétion, épuise bientôt le malade : ce sont des sueurs, des diarrhées colliquatives, etc., avec tous les symptômes de l'épuisement.

Enfin, il n'est pas rare de rencontrer des symptômes de cette putréfaction vivante qu'on a appelée *putridité*, dont le tableau hideux se trouve partout.

Dans toutes les espèces, le pouls est petit, faible et s'écrasant sous la pression du doigt, la face pâle et abattue, les yeux ternes, le coucher en supination, les mouvements difficiles, les syncopes menaçantes au moindre mouvement : il en est une qui, à cause de la dominance de ce dernier symptôme, a reçu l'épithète de syncopale. Parmi toutes ces fièvres, celles qui ont été le plus fréquemment signalées par les auteurs et qu'ils proposent comme type, sont : la pernicieuse diaphorétique, et la dysentérique.

Ici le quinquina triomphe, non-seulement par sa vertu anti-périodique, mais aussi par ses propriétés toniques. Il est bon même d'y joindre tout ce qui peut ranimer les forces résoutes : tels sont les cordiaux, les stimulants, l'air froid, le camphre, etc. Les astringents sont aussi parfaitement indiqués pour augmenter le ton de la fibre et s'opposer aux hémorrhagies et aux sécrétions trop abondantes.

Fièvres intermittentes pernicieuses avec lésion organique.

Il ne suffit pas que cette lésion existe pour qu'une fièvre mérite ce titre ; il faut que cette lésion soit appréciable, et que de plus elle occupe dans l'ordre pathogénique un rang qui en fasse une source d'indication.

La valeur thérapeutique de l'état local varie selon les circonstances. Tantôt c'est lui seul qui a provoqué la fièvre intermittente, et sa disparition amène la cessation de cette dernière : telles sont les pernicieuses produites par la présence d'une sonde, une rétention d'urine, les vers, etc. Ici c'est à la cause qu'il faut s'adresser ; toutefois, pour peu que la vie du sujet soit menacée, administrez en même temps le quinquina, car l'état local peut n'être qu'une cause occasionnelle, auquel

cas l'altération des forces qui constitue l'intermittente aura acquis une existence indépendante, et exigera une médication spéciale. Tantôt la pyrexie et l'état local se confondent dans leur origine et dans le développement de leurs symptômes respectifs; à chaque paroxysme la lésion anatomique prend une extension et une gravité nouvelles, la longueur des apyrexies diminue, et il arrive un moment où le mal est décidément continu.

C'est ainsi qu'il s'établit des congestions cérébrales ou autres dans certaines pernicieuses. L'augmentation de la fluxion sous l'influence de la fièvre devient une cause de danger, que le praticien ne doit pas négliger; car cette fluxion seule pourrait faire périr le malade : elle est d'ailleurs susceptible de se terminer par la rupture des vaisseaux; il en résulte alors des épanchements, des hémorrhagies avec leurs conséquences.

D'autres fois une inflammation (*ophthalmie, pleurésie, pneumonie*) apparaît, mais peu évidente dans les premiers accès; bientôt sa gravité se déclare par des symptômes manifestes et de plus en plus violents. C'est une maladie qui, d'abord subordonnée à la fièvre, prend une allure indépendante et réclame un traitement spécial.

Nous avons déjà dit que plusieurs des pernicieuses par excitement finissaient par présenter une lésion anatomique digne d'être prise en considération, et alors elles se confondent avec celles qui sont caractérisées par la présence de cette dernière : la seule différence qu'il y ait entre elles s'aperçoit dans l'origine, et le praticien ne manque pas d'en faire son profit.

La lésion organique dans les pyrexies qui nous occupent maintenant, existait auparavant, ou bien elle est contemporaine des accès; dans les autres elle n'apparaît que plus tard; elle peut être alors un accident, un effet, une dégénérescence.

Dans ce dernier cas, et tant que la lésion organique est absente, ou qu'elle n'a pas pris d'accroissement notable, le traitement est essentiellement anti-périodique; seulement il faut reconnaître la possibilité d'une altération locale et éviter tout ce qui serait capable de la provoquer.

Lorsque cette altération existe décidément il faut la traiter énergi-

quement dès son apparition, sans négliger toutefois l'anti-périodique. Celui-ci (on ne saurait assez le répéter) est de rigueur, pour peu qu'il y ait à la fois danger et périodicité.

Durant l'accès, à moins de subintrance, ou que l'apyrexie soit trop courte, c'est contre la lésion locale qu'il faut diriger tous les moyens thérapeutiques.

On a vu des intermittentes pernicieuses s'accompagner d'une affection goutteuse ou rhumatismale, etc. Les règles du traitement sont les mêmes; il n'y a de différence que celles qui découlent de la nature de la lésion concomitante.

Telles sont les quatre variétés principales que nous avons cru devoir admettre et décrire ; nous n'avons rien dit de ce qui est commun à toutes , car nous n'avions pas à traiter des intermittentes pernicieuses.

Notre division nous a paru préférable à celles déjà connues, parce qu'elle est plus pratique; elle est d'ailleurs assez large pour embrasser la plupart des cas qui peuvent se présenter.

Une division suivant le type ne nous aurait pas offert de semblables avantages. Seulement il nous paraît utile de dire, à ce sujet, qu'en général les intermittentes bilieuses et les vermineuses présentent le type tierce; celles qui s'accompagnent de faiblesse sont quotidiennes et ont une courte apyrexie; les inflammatoires tendent à la continuité; les quotidiennes sont de toutes, celles qui se montrent le plus souvent subintrantes ou sub-continues.

Les fièvres pernicieuses intermittentes peuvent être sporadiques, épidémiques, endémiques. Des notions importantes se rattachent à cette division. Les sporadiques, à moins qu'elles ne soient manifestes, sont aisément méconnues. Aidé de la connaissance de la constitution régnante, le praticien signale ordinairement les endémiques et les épidémiques, quoiqu'elles soient subintrantes, sub-continues, larvées; de plus, il tire de cette même constitution régnante des indications fort utiles pour le traitement; car on peut établir jusqu'à un certain point, ainsi que le faisait Sydenham, que chaque épidémie modifie à sa manière la thérapeutique ordinaire.

Nous aurions pu diviser ces fièvres en manifestes et larvées, et

parmi ces dernières se seraient trouvées les sub-continues. Cette distinction, extrêmement importante pour le diagnostic, était trop générale pour permettre une description quelconque; elle nous a paru ne pas entrer assez avant dans le cœur de notre sujet. D'ailleurs, loin de la négliger, nous lui avons fait une assez large part dans les développements que nous avons donnés à notre travail. Enfin, elle nous semble se rapporter plutôt à l'étude de l'intermittence en général qu'à celle de ses variétés, et c'est de ces dernières qu'il fallait traiter spécialement. On fera peut-être à notre division le reproche d'être inadmissible pour certaines fièvres, qui, par le peu de signification de leurs symptômes, ou leurs complications embarrassantes, ne pourront être nettement rangées dans l'une ou l'autre catégorie, ou bien devront l'être dans plusieurs à la fois. Cela certainement peut arriver, non-seulement dans notre classification, mais encore dans toutes celles qui ont été jusqu'ici imaginées en médecine. La nature est si féconde en individualités, qu'elle échappe toujours d'une manière ou d'une autre à nos systématisations. Quand on a obtenu quelques règles générales, justes dans la plupart des cas, et que les erreurs possibles ne dépendent pas de ces règles, mais de l'impuissance de l'art ou de l'artiste, on doit se déclarer satisfait; la science indique des procédés propres à la majorité des cas, elle ne peut tout prévoir, elle laisse tout le reste à la sagacité de ses adeptes; et c'est parce que ceux-ci ont encore beaucoup à faire, qu'il est si difficile d'être bon médecin.

D'ailleurs on aurait tort de juger sévèrement notre division, de même que les développements qui l'accompagnent; elle est l'œuvre d'un élève qui s'est vu, bien malgré lui, transporté sur l'un des terrains les plus difficiles de la médecine. Mes juges ne lui refuseront pas leur indulgence; ils savent bien qu'une thèse est ordinairement un exposé interrogatif d'assertions jugées vraies par l'auteur, mais dont la valeur réelle n'est connue de ce dernier qu'après la discussion.

FIN.

SERMENT.

En *présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

Matière des Examens.

1er *Examen.* Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicaments, Pharmacie.

2e *Examen.* Anatomie, Physiologie.

3e *Examen.* Pathologie externe et interne.

4e *Examen.* Matière médicale, Médecine légale, Hygiène; Thérapeutique.

5e *Examen.* Clinique interne et externe, Accouchements.

6e *et dernier Examen.* Présenter et soutenir une Thèse.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, DOYEN.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT, *Examinateur.*	*Physiologie.*
DELILE,	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL, PRÉSIDENT.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
....	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR, *Supp*[t].	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KÜNHOHLTZ, *Examinateur.*
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS, *Examinateur.*
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHE.
BERTRAND.
POUZIN, *Suppléant.*
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.